

# Formulir Klaim Kecelakaan Diri dan Kesehatan

## Accident and Health Claim Form

**Jenis Klaim / Type of Claim:**

- Kecelakaan Diri / *Personal Accident*                       Hospital Income Plan / *Hospital Income Plan*  
 Penyakit Kritis / *Critical Illness*                       Perjalanan / *Travel*

Mohon agar mengisi seluruh isian pada halaman ini menggunakan huruf kapital. / *Kindly fill in all the fields on this page using the uppercase letter.*

**A. Data Tertanggung / Insured Information**

1.	Nomor Polis <i>Policy Number</i>	<input type="text"/>
2.	Nama Tertanggung <i>Name of Insured</i>	<input type="text"/>
3.	Tempat dan Tanggal Lahir <i>Place and Date of Birth</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
4.	Jenis Kelamin <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> Laki-laki / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>
5.	Nomor Kartu Identitas <i>ID Card Number</i>	(KTP/Paspor) <input type="text"/>
6.	Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) <i>Tax Registration Number</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
7.	Alamat / <i>Address</i>	<input type="text"/>
8.	Kota/Kabupaten <i>City/Region</i>	<input type="text"/>
9.	Kode Pos / <i>Postal Code</i>	<input type="text"/>
10.	Nomor Telepon <i>Phone Number</i>	Rumah / <i>Home</i> <input type="text"/> - <input type="text"/>  Seluler / <i>Mobile</i> <input type="text"/> - <input type="text"/>
11.	Alamat Email / <i>E-mail Address</i>	<input type="text"/>
12.	Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	<input type="text"/>
13.	Pembayaran Klaim <i>Claim Settlement</i>	
a.	Bank / <i>Bank</i>	<input type="text"/>
b.	Cabang / <i>Branch</i>	<input type="text"/>
c.	Nomor Rekening <i>Account Number</i>	<input type="text"/>
d.	Pemilik Rekening <i>Beneficiary Name</i>	<input type="text"/>

**B. Data Klaim / Claim Information**

1.	Nilai Klaim <i>Claim Amount</i>	<input type="text"/>
2.	Tanggal Kejadian <i>Date of Loss</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
3.	Lokasi Kejadian <i>Location of Loss</i>	<input type="text"/>

4. Apakah Anda mengajukan klaim ini di perusahaan asuransi lain?  
*Do you also submit this claim to another insurance company?*  Ya / Yes  Tidak / No
5. Jika iya, mohon disebutkan nama perusahaan asuransi tersebut  
*If yes, please state the insurance company name*
6. *Kronologi Kejadian / Chronology of Loss*
- 

**C. Pernyataan/Penyerahan Kuasa / Declaration/Authorization**

Saya/Kami menyatakan bahwa seluruh informasi tersebut di atas diberikan dengan sebenar-benarnya dan Saya/Kami tidak menahan/ menyembunyikan informasi yang mempengaruhi PT Chubb General Insurance Indonesia dalam pertimbangan klaim. Saya/Kami mengerti klaim ini dapat ditolak atau dikurangi jika informasi yang diberikan tidak benar.

*I/We declare that the information given in the above are true and complete in every detail and I/We do not withhold any information likely to affect PT Chubb General Insurance Indonesia's consideration of the claim. I/We understand the claim may be refused or reduced if the given information is incorrect.*

Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa PT Chubb General Insurance Indonesia dapat mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Saya/Kami atau informasi lainnya untuk kepentingan penelitian, penyelidikan dan perhitungan/penyesuaian klaim, termasuk untuk keperluan survei. Untuk mencapai hal tersebut, Saya/Kami menyetujui dan memberi kuasa kepada PT Chubb General Insurance Indonesia untuk memberikan dan/atau mendapatkan data pribadi Saya/Kami dan/atau informasi lainnya kepada atau dari pihak ketiga baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk para penyedia jasa, perusahaan asuransi lain, Asosiasi Asuransi terkait dan/atau perusahaan lain dalam kelompok usaha PT Chubb General Insurance Indonesia.

*I/We understand and agree that PT Chubb General Insurance Indonesia can collect and record My/Our personal data or any information for the purpose of claim research, investigation and calculation/ adjustment, including survey purpose. To achieve this, I/We consent to and authorize PT Chubb General Insurance Indonesia to give and/or obtain My/our personal data or any information to or from any third parties in or outside the Republic of Indonesia, including service providers, other insurance companies, related Insurance Association and/or other companies within PT Chubb General Insurance Indonesia's group of business.*

Tanda tangan & nama Tertanggung <i>Signature &amp; name of Insured</i>	Tanggal / Date

**Chubb. Insured.<sup>SM</sup>**

**PT Chubb General Insurance Indonesia**

Kantor Layanan Klaim, Jl. Mangga Dua Raya, Komplek Grand Boutique Centre Blok E No. 2-4 Jakarta 14430, Indonesia.  
 Tel: +62 (21) 6230 9433 | Hotline: 1500 257 | www.chubb.com/id | Layanan Klaim Online: www.chubbclaims.id

© 2019 Chubb. Perlindungan ditanggung oleh satu atau lebih perusahaan Chubb. Tidak semua perlindungan tersedia di seluruh yurisdiksi. Chubb® dan logo Chubb. Bukan sekedar perlindungan. Craftsmanship.<sup>SM</sup> dan seluruh terjemahannya, serta Chubb. Insured.<sup>SM</sup> merupakan merek dagang milik Chubb. PT Chubb General Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.